

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

**THESE**

**Utilisation des méthodes contraceptives  
modernes à l'unité de planification familiale  
du centre de santé de référence de la commune  
VI de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 27/11/2019 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par M. N'tchi Djoukou KONE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**Président : Professeur Sounkalo DAO**

**Membre : Docteur Seydou FOMBA**

**Co-directeur : Docteur Mamadou KEITA**

**Directeur : Professeur Hamadoun SANGHO**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES :**

### **Je dédie ce travail :**

- **A ma très chère grand-mère** Noummouso Koné, que son âme repose en paix. Amen ;

- **A ma mère** : Koniba Sangaré Tu as été et tu resteras toujours pour moi une mère exemplaire. Tu as su m'élever de toutes tes forces avec rigueur, patience et tendresse. Ce travail est le résultat de tes innombrables prières et sacrifices. Je suis fier de toi et plus que jamais reconnaissant pour tout ce que tu fais pour moi. Que Dieu te garde aussi longtemps que possible auprès de nous.

- **A mon père** : Oumar Koné Tu as été pour moi un exemple de courage de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu m'as appris le sens du respect, de l'honneur, de la dignité et de la justice. Mes études ont été plus que jamais au centre de tes préoccupations et tu n'as ménagé aucun effort pour ma réussite. Les mots ne sauraient traduire ce que je ressens pour toi en ce moment solennel de ma vie. Ce travail est plus le tien que le mien. Merci tout simplement et que l'éternel Dieu te bénisse et te prête une longue vie!

- **A mon épouse et ma fille** : Assitan Koné et Noummouso Koné, Vos présences à mes côtés font de moi un homme ambitieux à la quête d'un avenir meilleur. Que Dieu bénisse notre couple. Amen !

- **A mes frères et sœurs** : Les mots me manquent pour vous exprimer mon affection. Courage car le chemin de la réussite est dur et laborieux. J'implore Dieu pour que l'amour de la fraternité qui nous unit depuis la naissance règne toujours dans nos cœurs. Que la grâce du tout Puissant nous accompagne.

- **A mon oncle Feu kassim Koné** : Ma joie serait plus grande si vous étiez présent parmi nous

Qu'Allah vous récompense par le paradis. Amen !

## **REMERCIEMENTS :**

**-A mes tontons :** Votre soutien moral et financier ont été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

**-A mes oncles :** Vos soutiens et conseils resteront toujours d'un apport considérable pour moi. Recevez ici toute ma reconnaissance.

**-A mes tantes :** Kadiatou Koné, Waraba Koné et Djenebou Konaté, Recevez ici ma profonde gratitude.

**-A mes cousines et cousins :** Votre courtoisie ne m'a jamais fait défaut, c'est l'occasion pour moi de vous remercier de tout cœur.

**-A mes amis :** Je garde de vous un heureux souvenir. Particulièrement à Daouda Sangaré, Amadou Minta, Ladji Kone, qui m'ont toujours soutenu durant des périodes cruciales.

**-A mes beaux-parents :** Merci pour votre soutien.

**-A mes beaux-frères et belles sœurs :** Je n'ai jamais manqué de votre amour et considération. Merci pour l'encouragement et l'aide rendus.

**-Aux Internes du CSREF CVI :** DICKO Oumar, DOUMBIA Brahim, DIARRA Salif, Diakité Bakary ; Mamadou Kouba, Mariam Diallo, Makoura Traoré, Seydou Soumaoro, Diallo Mamadou, merci pour votre soutien dans la réalisation de ce travail.

**-Aux aînés du service:** Dr DIALLO Moumine, Dr DIAKITE Oumar Noumory, Dr KAMISSOKO Mamadi, Dr TOGOLA Moussa, Dr DIAKITE Adama, Dr KANAMBAYE Aboubacar, Dr MARIKO Salif, Dr MALLE Souleymane, Dr SAMAKE Daouda, Dr SANGARE Salimata, Dr SANOGO Sekou, Dr TOGORA Moussa, Dr TRAORE Mohamed, Dr DOUMBIA Abdoulaye, Dr Diaby Abdrahamane, Dr Kamate Gnounoussa, Dr Diallo Rapha, Dr Sanogo Moulaye , Dr Samake Bakary, Dr Koné Assitan, Dr Djouma Keita ; ce travail est le fruit de votre soutien, soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

**-A tout le personnel du CSREF CVI : Particulièrement :**

**A mes chers Maîtres :** Dr SAMAKE Alou, Dr KEITA Mamadou, Dr HAIDARA Dramane, Dr DIASSANA Mama, Dr DIASSANA Boubacar ; merci pour la qualité de l'encadrement.

**Aux anesthésistes, sages-femmes, externes et élèves sages-femmes.** Je garde de vous un heureux souvenir.

**-A tout le personnel de l'ASACOSODIA, et ASACOFA ;** un grand merci pour votre soutien et le respect à mon égard.

**-A tous mes maîtres du premier cycle, du second cycle et du lycée :** Merci pour la qualité de votre formation.

**-Aux Professeurs de la FMOS :** Merci pour la qualité de l'encadrement.

**-A l'Etat malien** merci pour tous les efforts consentis à ma formation.

Merci à tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu pour la réalisation de ce travail.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

## **A notre Maître et Président du jury**

### **Professeur Soukalo DAO**

- **Professeur titulaire de maladies infectieuses et tropicales à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako**
- **Responsable de l'enseignement de maladies infectieuses à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako**
- **Enseignant - chercheur au programme de recherche et de formation VIH/TB (SEREFO)**
- **Chef du département d'études et de recherche de médecine et spécialités à la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako**
- **Président fondateur de la société malienne de pathologies infectieuses et tropicales (SOMAPIT)**
- **Membre du WACP (West African college of physicians)**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'insigne honneur que vous nous faites, en acceptant de présider le jury de notre thèse, en dépit de vos multiples occupations, afin de la marquer des emprunts du grand maître que vous êtes. Vous êtes de ceux dont les qualités humaines, scientifiques et morales forcent le respect et l'admiration. Nous avons eu l'honneur de profiter de votre enseignement théorique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie. Trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah, le miséricordieux vous donner une longue vie heureuse.

## **A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY**

**Docteur Seydou FOMBA :**

- **MD, PhD en Management des Services de Santé et de Médecine Sociale ;**
- **Chargé de Recherche, Chargé de Cours au DER de Santé Publique ;**

**Cher Maître,**

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail, malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos côtés. Vous êtes toujours resté ouvert à nos multiples sollicitations et votre rigueur dans le travail ainsi que vos compétences techniques et scientifiques forcent l'admiration. Veuillez trouver dans ce travail, votre travail, l'expression de notre estime et de notre profonde gratitude. Que Allah le miséricordieux vous bénisse et vous assiste dans la réalisation de tous vos projets.

## **A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR**

**Docteur Mamadou KEITA**

- **Gynécologue Obstétricien**
- **Praticien Hospitalier au CS Réf CVI**
- **Chef du service adjoint de Gynécologie et d'Obstétrique de la Commune VI.**

Cher Maître,

Votre générosité à transmettre vos connaissances, votre abord facile, votre honnêteté intellectuelle, ont satisfait notre admiration. C'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire. Veuillez trouver ici, solennellement cher maître notre profonde gratitude et notre sincère remerciement.

**A Notre maître et directeur de thèse**

**Professeur Hamadoun SANGHO.**

- **Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako (FMOS),**
- **Ex directeur Général du CREDOS (Centre de Recherche, d'Etudes et de documentation pour la Survie de l'Enfant)**
- **Chef du DER-SP et spécialités de la FMOS**

**Cher Maître,**

En dépit de vos multiples occupations vous avez su trouver le temps pour nous diriger dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre dévouement et votre grand esprit critique sans lesquels cette étude n'aurait pu se faire. Si ce travail à un quelconque mérite, c'est à vous que nous le devons. Nous vous remercions très sincèrement.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

AMPPF : Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille

CSP : Contraceptif à Seul Progestatif

CSREF CVI : Centre de Santé de Référence de la Commune VI

C.O.P : Contraceptif oraux progestatifs.

C.I.C : Contraceptif injectable combiné.

C.I.P : Contraceptif injectable à seule dose progestatif.

C.C.V : Contraception chirurgicale volontaire.

DSFC : Division Santé Familiale et Communautaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMPA : Acétate de dépo – MedroxyProgesterone

DER : Département d'enseignement et de recherche

EDS : Enquête Démographique et de Santé

EE : Ethinyl Oestradiol

Ep : Oestroprogestatif

FHI : Family Health International

FSH : Follicul Stimulating Hormon

GEU : Grossesse Extra Utérine

HTA : Hypertension Artérielle

IM : Intra Musculaire

IVG : Interruption Volontaire de la grossesse

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

PFN : Planification Familiale Naturelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## Liste des Tableaux

Tableau I: Situation des ressources humaines en 2018.....	30
Tableau II: Répartition selon l'âge des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018. ....	38
Tableau III: Répartition selon la profession des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.....	39
Tableau IV: Répartition selon l'ethnie des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018. ....	40
Tableau V: Répartition selon le nombre de grossesses des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018. ....	41
Tableau VI: Répartition selon l'antécédent d'avortement des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.....	42
Tableau VII: Répartition selon le nombre d'avortements des clientes .....	42
Tableau VIII: Répartition selon le niveau d'instruction des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018. ....	43
Tableau IX : Répartition selon le motif de 1ere visite des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018. ....	43
Tableau X: Répartition des clientes selon l'information sur la PF ou pas .....	44
Tableau XI: Répartition des clientes selon la source de référence .....	45
Tableau XII: Répartition des clientes selon l'accord d'utilisation des contraceptives.....	45
Tableau XIII: Répartition des clientes selon la discussion avec le conjoint.....	46
Tableau XIV: Répartition des clientes selon le rythme de la discussion avec le conjoint.....	46
Tableau XV: Répartition des clientes selon le soutien du conjoint .....	47
Tableau XVI: Répartition des clientes en fonction des effets indésirables rapportés.....	47
Tableau XVII: Répartition des clientes selon la méthode contraceptive choisie	48
Tableau XVIII: Répartition des clientes selon le respect des rendez vous .....	49

Tableau XIX: Répartition selon le prestataire sollicité .....	49
Tableau XX: Répartition des clientes selon l'échec de la méthode contraceptive utilisée.....	50
Tableau XXI: Répartition des clientes selon le suivi de la méthode contraceptive utilisée.....	50
Tableau XXII: Répartition des clientes selon les raisons de choix de la méthode .....	51
Tableau XXIII: Répartition des clientes selon l'antécédent d'utilisation des contraceptifs modernes.....	51
Tableau XXIV: Répartition des clientes selon la méthode utilisée dans le passé .....	52
Tableau XXV: Répartition des anciennes utilisatrices selon les raisons d'abandon .....	52
Tableau XXVI: Répartition des clientes selon l'antécédent d'une IVG .....	53
Tableau XXVII: Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants.....	53
Tableau XXVIII: Répartition des clientes selon le statut d'allaitantes.....	53
Tableau XXIX: Répartition des clientes selon l'état matrimonial et la méthode contraceptive choisie .....	54
Tableau XXX: répartition des clientes selon allaitement et méthode contraceptif choisi.....	55
Tableau XXXI: Répartition des clientes selon niveau d'instruction et méthode contraceptif choisi .....	56
Tableau XXXII: Répartition des clientes selon la religion et contraceptif choisi .....	57
Tableau XXXIII: Répartition des clientes selon le soutien du conjoint et contraceptif choisi .....	58

## Liste des Figures

Figure 1: contraceptifs oraux ou pilules.....	12
Figure 2: contraceptif injectable.....	14
Figure 3: dispositif intra utérin (DIU).....	17
Figure 4: Jadelle .....	19
Figure 5: Allaitement maternel .....	25
Figure 6: Répartition selon le statut matrimonial des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.....	40
Figure 7: Répartition selon la religion des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018 .....	41

## Table des matières

I- Introduction .....	2
II- OBJECTIFS .....	6
Objectif général : .....	6
Objectifs spécifiques : .....	6
III- Généralité .....	8
<b>1) Définitions</b> .....	8
2. Histoire de la contraception : .....	8
IV. METHODOLOGIE .....	30
-1 Cadre d'étude : .....	30
2 Situation et population de la CVI : .....	30
3 Les ressources du centre de santé de référence .....	30
4 L'organisation du service .....	31
5 Présentation de l'unité PF .....	32
6 Type et période d'étude .....	33
7 Population d'études .....	33
8 Echantillonnage : .....	34
9 Traitement et analyse .....	36
V- RESULTATS .....	38
<b>1. Fréquence globale :</b> .....	38
2. Caractéristiques sociodémographiques des clientes : .....	38
3- Information des clientes sur la PF .....	44
4- Les effets indésirables rapportés par les clientes .....	47
5- Fréquence de l'utilisation des méthodes modernes de contraception et pratiques des clientes .....	48
VI- Commentaire et discussions .....	60
CONCLUSION .....	64
RECOMMANDATIONS .....	66
Bibliographie .....	68
Annexes .....	71
Fiche d'enquête .....	71
FICHE SIGNALETIQUE .....	75
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	77

# INTRODUCTION

## **I- Introduction**

La planification familiale, est l'une des composantes essentielles des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité dans ces catégories, ainsi que la transmission du VIH/SIDA [1].

La contraception pourrait empêcher environ 104.000 décès maternel chaque année, soit une réduction de 29% [2]. Elle peut réduire la mortalité juvénile de près de 10%, si elle est disponible à tous ceux qui en ont besoin [3].

Dans les pays en voie de développement, 20 à 30% de femmes qui utilisent la pilule et les injectables, arrêtent au tour de deux ans après à cause des effets secondaires ou à cause d'autres problèmes de santé. Beaucoup de ces femmes pourraient bénéficier alors de la contraception à longue durée d'action ou permanente [4].

La planification familiale est reconnue depuis longtemps en Afrique Subsaharienne comme étant un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien-être des femmes et de leur famille.

La prévalence des femmes connaissant au moins une méthode contraceptive selon quelles ont déjà utilisé était au Cameroun EDS 2004 60% ; au Niger EDS 2006 : 29,2% ; au Kenya EDS 2003 :53,8% ; au Mali EDS 2001 : 29,8%.

Au Mali, la faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la planification familiale (PF) en particulier contribue fortement aux maladies ou aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an. Cette situation est entre autres, la suite logique de pratiques néfastes parmi lesquelles les grossesses précoces, rapprochées, tardives, les avortements clandestins, la recherche tardive de soins, les difficultés d'accès et l'insuffisance de soins obstétricaux et néonataux adéquats.

L'Enquête Démographique et de Santé, EDS V 2012-2013 réalisée au Mali indique d'importants besoins non satisfaits de PF de 26%. Ceci contraste avec une utilisation actuelle des méthodes de contraception moderne très faible de 9,9%. [5]

Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 368 pour 100.000 naissances vivantes [5].

Les chiffres récents sur la mortalité infantile révèlent des taux de mortalité néonatale (35%), infantile (58%) et infanto-juvénile (98%) [5].

Cela s'explique par l'absence du contrôle de la fécondité qui est estimée à de 6,1 enfants par femme selon le rapport des EDSM 2012-2013 [5].

Le Mali se caractérise par un taux de croissance parmi les plus élevés au monde, soit 3,6% depuis 2009, si cette situation se maintient le Mali aura une population de 27,1 millions en 2030 [5].

D'après l'EDSMV [5], les femmes utilisent essentiellement trois méthodes : les injectables (4%), les pilules (2,7%) et les implants (2,5%).

### **-ENONCE DU PROBLEME/ JUSTIFICATION DE L'ETUDE**

Au Mali le ratio de mortalité maternelle est estimé à 368 pour 100.000 naissances vivantes [5] ; on note un des taux de mortalité néonatale (35%), infantile (58%) et infanto-juvénile (98%) [5]. La prévalence contraceptive par les méthodes modernes reste faible (9.9 %). La progression entre les deux dernières EDSM était lente, passant de 6,8% en 2006 à 9,9% en 2012-2013.

La demande potentielle de la contraception à la dernière EDSM (2012-2013) est de 36,3% avec les besoins non satisfaits en PF qui sont estimés à 26% chez les femmes en âge de procréer en union et non en union mais sexuellement active.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la faible utilisation des contraceptifs modernes. Au nombre des principaux déterminants favorisant l'utilisation de la PF au Mali, on peut retenir :

- Niveau d'instruction (secondaire et plus) ;
- Nombre et Sexe de la progéniture (Avoir des enfants des deux sexes) ;
- Activité professionnelle (Avoir un emploi) ;
- Conjoint favorable à la PF ;
- Discussions entre conjoints ;
- Qualité de l'information reçue par rapport aux méthodes ;

- Accès hebdomadaire à l'information à travers les médias (audio et audiovisuel) ;

Eu égard à ce constat, le gouvernement du Mali, avec l'appui des acteurs du partenariat de Ouagadougou a décidé de repositionner la planification familiale en vue d'une amélioration de la prévalence contraceptive, d'où l'élaboration d'un Plan d'action national de planification familiale 2014-2018, et l'organisation annuelle d'une campagne pour la promotion des activités PF.

La commune VI du district de Bamako est la plus vaste, et est constitué de quartier péri urbains et semi rurales avec une prévalence contraceptive estimé à 0,95% en 2017.

Ainsi, en 2017 lors de la campagne PF nous avons enregistré parmi les nouveaux utilisateurs en centre fixe en commune VI ; 13,47% DIU, 8,22% JADELLE, 3,52% Mama, 18,64% injectable ; 31,71% implanon ; 19,11% condoms masculin ; 1,49% pullule coc ; 3,52% pullule cop ; 0,23% collier du cycle ; 0,78% spermicide [6].

Cependant, aucune étude n'a été réalisée dans la commune pour nous renseigner sur les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes d'où cette étude

Notre objectif est de déterminer l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité de planification familiale du CSRef CVI du district de Bamako.

### **. Hypothèses de recherche :**

Les rumeurs et craintes des effets secondaires, le manque d'information (sur les méthodes et leurs effets secondaires) sont des déterminants susceptibles de dissuader les femmes de recourir aux méthodes contraceptives.

# OBJECTIFS

## **II- OBJECTIFS**

### **Objectif général :**

- Etudier l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité PF du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako.

### **Objectifs spécifiques :**

- 1- Déterminer la fréquence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité PF du centre de santé de référence de la commune VI
- 2- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des clientes de l'unité PF
- 3- Identifier les sources d'information des personnes sur la PF.
- 4- Rapporter les effets indésirables liés aux méthodes contraceptives modernes enregistrés à l'unité PF du centre de santé de référence de la commune VI.

# GENERALITES

### **III- Généralité**

#### **1) Définitions**

##### **A-Définition de la planification familiale (PF) [8].**

Selon l'OMS la planification familiale est l'ensemble des mesures et méthodes que les hommes et les femmes prennent ou utilisent pour éviter des grossesses non désirées et organiser la venue des enfants quand ils le désirent.

Elle permet d'avoir des enfants au moment où ils le décident ; d'avoir juste le nombre d'enfant qu'ils désirent et dont ils peuvent prendre soins ; d'espacer convenablement la naissance de leurs enfants.

##### **B- La contraception : [12]**

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé.

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIXème siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat [12].

#### **2. Histoire de la contraception :**

##### **A-Dans le monde (14)**

La limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances. La contraception était pratiquée dans l'antiquité, Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. L'histoire de la contraception n'est pas en dehors des moyens employés, illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours

présents dans la société ou chez l'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison [14].

Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

## **B -Au Mali**

-Depuis 1970, le gouvernement malien est préoccupé par les différents problèmes sanitaires de la mère et de l'enfant. En effet, malgré les activités intenses de santé maternelle et infantile et des maternités, le taux de mortalité et de morbidité chez la mère et chez l'enfant continue d'être élevé.

-L'évolution de la planification familiale au Mali :

- En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) à Montréal. A la suite de ce séminaire, le gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 et 2 de la loi du 31 juillet 1920.

- En octobre 1971, le Mali a signé un accord avec le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) pour un projet d'assistance en planification familiale couvrant une période de quatre ans.

- Au début de l'année 1972, est ouvert un centre pilote de PF à Bamako. Le centre est créé par l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) ; ses activités étaient fondées sur les soins, la recherche, des informations, des formations du personnel en PF.

- En 1972, un projet d'ordonnance légalise la pratique de la PF au Mali (l'ordonnance N°1/CMLN du 28 novembre 1968 portant organisation provisoire en République du Mali vu le décret N°142/PG-RM du 28 novembre 1970 fixant la composition du gouvernement).

- En mars avril 1973, le premier séminaire inter africain sur l'éducation sexuelle a été organisé à l'école de médecine de Bamako.
- En mai 1973, a eu lieu le premier séminaire intersyndical sur la PF à Bamako.
- En 1973, le gouvernement décide d'étendre les activités de PF aux centres de SMI de Bamako et des autres capitales régionales.
- En avril mai 1974, une mission conjointe gouvernementale (FNUAP/UNICEF/OMS) à Bamako, établit un plan d'action s'étalant sur 5 ans. La même année le Mali souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) celle-ci stipulait le droit de la PF.
- En novembre 1974, une requête du gouvernement fut adressée au FNUAP pour un projet de développement d'un programme national de santé au Mali.
- En décembre 1974, s'est tenu le congrès constitutif de l'union nationale des femmes du Mali qui a recommandé :
  - La diffusion de l'éducation sexuelle dans les écoles à partir de la classe de 7ème année ;
  - L'extension de la planification familiale au Mali.

L'arrêté N° 795/MSP/AS/CAB du 19 mars 1975 a créé la Division de la Santé Familiale rattachée à la Direction Nationale de la Santé Publique. Cette division remplace l'ancienne section d'hygiène de la maternité et l'enfance rattachée à la division de la médecine socio- préventive.

Le Mali souscrit en 1978 à la déclaration d'Alma Ata (URSS) qui stipulait que la PF est une composante des soins de santé primaires.

La création de la DSF devient effective en devenant en 1980 la division santé familiale et communautaire (DSFC). Elle abrite, depuis 1981 le programme national de la santé materno-infantile et planification familiale.

Toutes les méthodes sont disponibles au Mali.

- En 1980 la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.

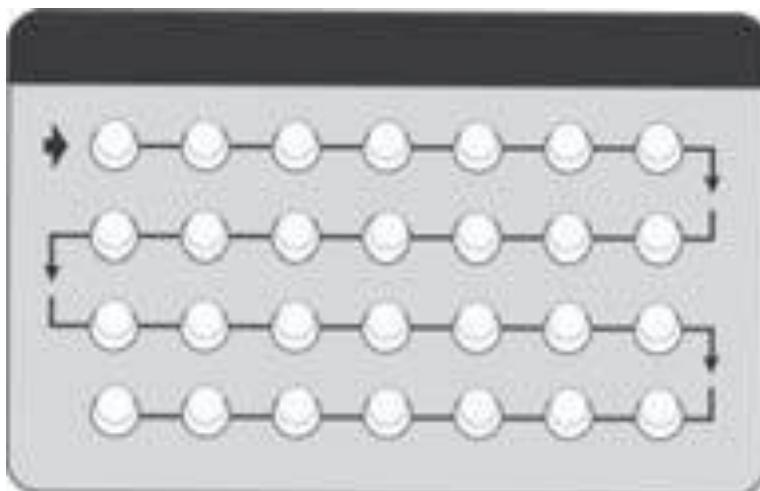
- Jusqu'en 1987 le niveau d'utilisation de la contraception au Mali n'était connu que par l'intermédiaire des rapports périodiques internes de la DSFC et par une étude menée par l'AMPPF.
- Il s'agissait de la 37ème session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako (IB). L'évaluation de la connaissance et de l'utilisation de la contraception faite au cours de l'EDSM-I, était la première à couvrir l'ensemble du territoire national ; la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et la planification familiale.
- En 1990 deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour ébaucher une politique de population, femme et développement.
- En 1991 le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population. Le 8 mars 1991, le gouvernement conscient de l'impact des problèmes de population sur le développement socio-économique du pays, a adopté une politique nationale de population révisée en 2001.
- En 1994 avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (Egypte), le gouvernement du Mali s'est engagé à agir dans le domaine de la santé de la reproduction, engagement réitéré lors de la 4ème conférence mondiale sur les femmes à Beijing (Chine) en septembre 1995.
- En juin 1995 a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle, infantile et planning familial.
- Du 14 au 18 mars 2005 le Mali a organisé sur toute l'étendue du territoire national, une 1ère campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie.
- En 2006 le Mali a organisé une 2ème campagne avec comme thème le repositionnement de la PF.
- Le 15 mars 2007 le Mali a lancé la 3ème campagne nationale en faveur de la promotion de la PF avec implication des hommes.

Avec le temps, le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le planning familial comme : l'ensemble des mesures et des moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST, VIH /SIDA, aux grossesses non désirées , aux avortements et assurer le bien-être familial et individuel.

Ceci implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité.

Au Mali, la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

### **C- Les méthodes de contraception modernes**



**Figure 1:** contraceptifs oraux ou pilules

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

Mode d'action

- La pilule œstro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

### **Les différentes pilules contraceptives Il existe :**

- différents dosages même si l'œstrogènes utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.

- différents types de progestatifs.

- des variations de dosages des estrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les bi phasiques et les tris phasiques.

Les pilules sans variations sont les monophasiques.

- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

#### Les avantages

La contraception par les pilules est une méthode très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

#### Les inconvénients

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, on peut noter de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins. La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

#### Les contre – indications

Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans (11)

## . Les contraceptifs injectables



**Figure 2:** contraceptif injectable

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Depo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi.

### **La contraception mécanique**

Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA

#### **Le préservatif masculin**

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

#### Mode d'emploi

S'il ne possède pas de réservoir laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible ; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur. Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

#### L'efficacité

Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides. Les avantages C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA, méthode simple, facile à se procurer, prise en charge de la contraception par l'homme, protection contre le cancer du col. Il est en vente libre et disponible.

Les inconvénients

Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

### **. Le préservatif féminin :**

Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane. Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

Le mode d'emploi

Le femidon peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

L'efficacité

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages

Excellente protection contre les IST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

### **Le diaphragme et cape cervicale**

Mode d'action

Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.

La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Le mode d'emploi

Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus. Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.

L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme :

Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

L'efficacité

S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalents à celle des préservatifs masculins.

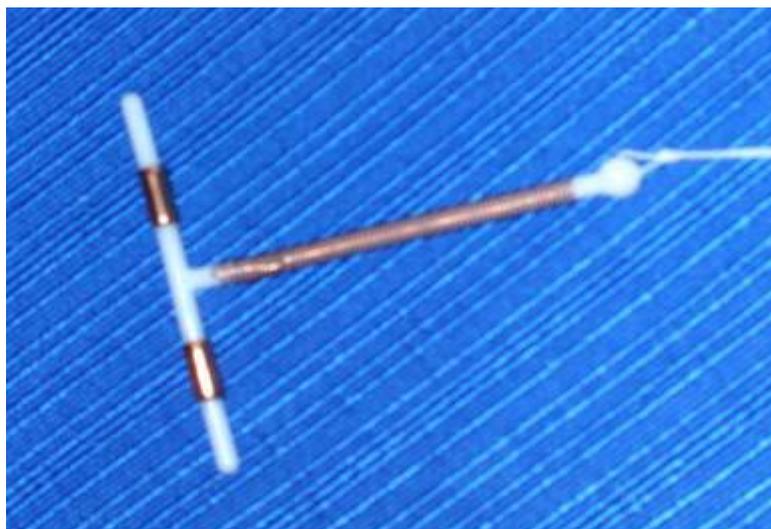
Avantages

C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

Les inconvénients

Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants (6).

## Les dispositifs intra-utérins (stérilet)



**Figure 3:** dispositif intra utérin (DIU)

Plusieurs modes d'action sont énoncés : c'est une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre
- Au progestatif

Le mode d'emploi

Le DIU posé par le médecin ou la sage-femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle. Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an.

Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

## L'efficacité

Il est efficace dès la pose.

## Les avantages

Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

## Les inconvénients

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples. Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif. Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

## Les contre – indications

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant (6)

. Les autres méthodes modernes

### **L'implant :**

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone).

Au Mali, on dispose surtout du Norplant (Jadelle) qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans.



**Figure 4:** Jadelle

Mode d'action : Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale. Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince.

La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage-femme pendant une consultation.

L'efficacité

L'implant est très efficace dès la pose.

Les avantages

Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

Les inconvénients

Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait, il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

Les contre- indications

Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

Le patch "EVRA" :

C'est un patch de 20 cm<sup>2</sup> qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

Mode d'action

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### Le mode d'emploi

Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention : ne pas appliquer sur les seins

### L'efficacité

Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

### Les avantages

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

### Les inconvénients

Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, des nausées, une prise de poids, une tension mammaire

### Les contre- indications

Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

. L'anneau vaginal "Nuvaring" :

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association œstro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

### Mode d'action

Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

### Le mode d'emploi

Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau.

Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule.

L'insertion et le retrait sont simples.

### L'efficacité

Comme la pilule œstrogène-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1<sup>er</sup> anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

### Les avantages

Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

### Les inconvénients

Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

### Les contre – indications

Comme la pilule œstro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans [11].

### La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet. D'une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf.

### Les différents types de contraception d'urgence

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Stérilet (dispositif intra-utérin).

### Le mode d'emploi

Le Norlevo à prendre le plus tôt possible pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

### L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

### Les inconvénients

En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

Les contre- indications

Le Norlevo aucune, le Stérilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant (7).

Les spermicides

Mode d'action

Introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

Les avantages

Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; Ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

Les inconvénients

Efficacité insuffisante : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays [7]

La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes. Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

C'est une nouvelle méthode : le dispositif se pratique par hystérocopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

. La stérilisation masculine : la vasectomie

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plupart de ces méthodes à la disposition de la population.

Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

Le retrait ou coït interrompu L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin.

Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période. Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

La méthode du calendrier ou Ogino

C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace. Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quel que soit le jour du cycle (même pendant les règles).

- La méthode des températures

Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue.

Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale (infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante

. La méthode de la glaire ou Billings

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation. Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf.

L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu. Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

### Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers. Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé (6).

### L'allaitement maternel



**Figure 5:** Allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale.

La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement [13].

. Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali

Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples [10].

On peut citer :

Le Tafo :

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

La Toile d'araignée :

Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc méthode de barrière.

Le miel et le jus de citron :

On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

Les solutions à boire :

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

La séparation du couple après accouchement :

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

Morale et éthique de la reproduction

Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques.

Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique.

Aspects religieux et philosophiques

Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon L'archet [14], mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit [11].

L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 [9] est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas [9].

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas. Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite. Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement [14].

# **METHODOLOGIE**

## IV. METHODOLOGIE

### -1 Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée à l'unité PF du centre santé de référence de la commune VI du District de Bamako.

### 2 Situation et population de la CVI :

La Commune VI du District de Bamako est située sur la rive droite du fleuve Niger avec une superficie de 94 km<sup>2</sup> et est la plus vaste des communes du District de Bamako.

Sa population est en pleine expansion : 577076 habitants en 2015 ; contre 629318 habitants en 2018 ; avec l'existence des logements sociaux et quartiers semi-urbains et rurales.

### 3 Les ressources du centre de santé de référence

**Tableau I:** Situation des ressources humaines en 2018

Profil		Nombre
Médecin gynécologue		4
Médecin généraliste		19
Médecin chirurgien		3
Médecin pédiatre		2
Etudiants faisant fonction d'interne		12
Technicien de laboratoire		5
Infirmier du premier cycle		10
Sagefemme		43
Infirmière obstétricienne		23

Assistants médicaux	Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
	Techniciens spécialisés en Ophtalmologie	2
	Techniciens spécialisés en ORL	4
	Techniciens spécialisés en santé Publique	3
	Techniciens sanitaires	3
Secrétaires		5
Gestionnaire		1
Comptable		2
Adjoint administratif		1
Gardien		2
Chauffeurs		6
Aide soignants		5
Manœuvres		15
Portier		3
Total		175

#### 4 L'organisation du service

##### -Au plan technique :

Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques sont réalisées chaque Lundi, Mardi, Mercredi, jeudi et Vendredi.

L'échographie et la Radiographie sont réalisées tous les jours ouvrables,

Le programme des actes opératoires est exécuté chaque, Mercredi, Jeudi, et vendredi

Les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables,

Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,

Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours ouvrables,

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé tous les jours,

Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables,

Les activités de santé publique sont menées,

Les consultations dermatologiques sont réalisées tous les jours ouvrables,

Les consultations chirurgicales, sont réalisées tous les jours ouvrables,

Les consultations cardiologiques sont réalisées chaque lundi, Mercredi et Vendredi,

Les consultations endocrinologiques sont réalisées tous les jours ouvrables

Les consultations ORL, Ophtalmologiques et Odontostomatologiques sont réalisées tous les jours ouvrables

Les activités de vaccination des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an se font tous les jours et le BCG est réservé au lundi et vendredi,

Les consultations de médecine générale sont réalisées tous les jours ouvrables,

La prise en charge des malades tuberculeux, est réalisée du lundi au vendredi

## **5 Présentation de l'unité PF**

### **- Matériel :**

L'unité de PF du centre de référence de la commune VI comporte 2 tables servant de bureau, 5 chaises, un tensiomètre, 2 armoires, 2 registres pour l'enregistrements des noms des différentes clientes, une pèse- personne, 2 tables de consultations, un stérilisateur, une boîte pour l'insertion et le retrait du

Norplant et du DIU, une deuxième boîte pour l'insertion et le retrait du DIU, une boîte de compresse, une boîte contenant les champs pour l'insertion du Norplant, une boîte contenant des spéculum, une lampe lumineuse, un stérilisateur, un lavabo, trois seaux contenant de l'eau de décontamination, un isoloir placé dans la deuxième salle séparant la table de consultation et le bureau d'accueil, un ban pour l'accueil des clientes.

#### **- Organisation de l'unité :**

Le système de consultations de la PF au centre de santé de référence de la commune VI est organisé comme suit : à l'arrivée de la cliente, elle est accueillie par la sage-femme de la salle qui lui demande si elle est nouvelle ou ancienne ; si elle est ancienne, on demande la carte de suivi afin de savoir si c'est un contrôle ou un rappel ; dans le cas contraire elle est prise dans la salle de Counseling d'où elle reçoit toutes les informations sur la PF. La sage-femme est l'agent responsable de faire la prescription de la méthode acceptée par la cliente.

#### **- Personnels :**

L'unité de PF comporte 2 sages-femmes qui s'occupent du Counseling et de la consultation post-natale, 2 infirmières qui s'occupent de la stérilisation et de la prise des paramètres tels que la tension artérielle et le poids, et des étagères.

### **6 Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive dans laquelle les éléments de l'enquête sont revus à l'intervalle régulier au cours de l'année.

L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 soit une période de 12 mois.

### **7 Population d'études**

L'étude a concerné toutes les consultantes reçues à l'unité PF du CSRef de la commune VI du district de Bamako durant la période de l'étude

**- Critère d'inclusion**

Toute cliente, qui a été nouvellement vue à l'unité FP du CSRef de la commune VI du district de Bamako durant la période d'étude et qui possède un dossier.

**- Critères de non inclusion**

Toute clientes non vue à l'unité FP du CSRef de la CVI

Toute ancienne cliente, vue à l'unité FP du CSRef de la commune VI du District de Bamako durant la période d'étude.

Toute cliente, nouvellement vue à l'unité FP du CSRef de la commune VI du District de Bamako durant la période d'étude et qui ne possède pas un dossier.

**8 Echantillonnage :**

**. Taille de l'échantillon :**

Nous avons procédé à une enquête exhaustive. De ce fait, toutes les femmes vues à l'unité PF ayant bénéficié des services de l'unité PF du CSRef de la CVI durant la période ont été incluses dans l'échantillon.

**. Collecte des données :**

Nous avons colligé les dossiers des femmes ayant utilisé les services de l'unité PF du CSRef CVI, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et 31decembre 2018.Les données ont été collecté du 1er février au 20 mars 2019.

Un questionnaire a été utilisé pour extraire des donnés à partir des différents dossiers.

**. Variables**

**Caractéristiques sociodémographiques :**

- Age ;
- Sexe ;
- Statut matrimonial ;
- Niveau de scolarisation ;
- profession
- Religion ;
- Ethnie ;

- Résidence.

**-Connaissance de la planification familiale**

- Sens donné à la planification familiale ;
- Méthodes contraceptives ;
- Lieu de prestation de la planification familiale ;
- Effet indésirables des contraceptives modernes ;

**-Besoins d'information sur la planification familiale ;**

**- Sources d'information sur la planification familiale.**

**-Exposition aux médias**

- Fréquence d'exposition.

**- Attitudes vis-à-vis de la planification familiale**

- Approbation de la planification familiale ;
- Raisons d'approbation de la planification familiale.

**-Pratiques en matière de planification familiale**

- Fréquence d'utilisation de la planification familiale ;
- Méthode utilisée ;
- Raisons de pratiquer la planification familiale ;

**9- Définition des méthodes contraceptives modernes**

**a. Les méthodes temporaires de courte durée :**

**-contraceptifs oraux combinés :** Les COC ou pilules combinées sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques : œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme.

**-contraceptifs oraux progestatifs :** Les COP sont des contraceptifs oraux qui contiennent uniquement des progestatifs à faible dose.

**-les injectables :** Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de la grossesse

**-la contraception d'urgence :** Ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection.

**. Autres méthodes temporaires de courtes durée :**

- Les méthodes naturelles
- Méthodes MAMA
- Les spermicides
- Les diaphragmes
- Les capes cervicales

**b. Les méthodes temporaires de long durée :**

**-Les implants :** Ce sont des méthodes contraceptives composées de capsules fines et souples, remplies de Lévonorgestrel (progestatif)

**-Les DIU :** Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique /plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

**c. Les méthodes permanentes :**

**-ligature des trompes :** Est une intervention chirurgicale qui met fin de façon définitive et irréversible à toute possibilité de reproduction de la femme, sans toutefois perturber la sexualité ou la fonction hormonale. (Laparotomie)

**-vasectomie :** Est une méthode irréversible et volontaire pour mettre fin à la fécondité de l'homme. Elle n'a aucune conséquence sur les érections ou l'éjaculation.

**10- Traitement et analyse**

Les données ont été saisies et analysé sur Epi Info (version 3.5.3). Le test de Khi-deux a été utilisé. Le seuil de signification de ce test était fixé à  $p < 0,05$ .

**IV-10 Aspects éthiques**

Nous avons obtenu l'autorisation du médecin chef du CSRef pour l'utilisation des données de l'unité PF pour cette étude.

La confidentialité et l'anonymat ont été garantis pour les informations collectées.

# RESULTATS

## V- RESULTATS

### 1. Fréquence globale :

Du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2018, l'unité de PF du centre de santé de référence de la commune VI avait reçu 2097 clientes en consultation dont 1376 (65,62 %) d'anciennes clientes du service de PF. Les nouvelles clientes pour la planification familiale étaient 721(34,38 %) des cas, soit une moyenne de 60 femmes par mois.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques des clientes :

**Tableau II:** Répartition selon l'âge des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
14-25	339	47,02%
26-35	277	38,42%
36-60	105	14,56%
Total	721	100,00%

Extrêmes : 14ans et 58ans

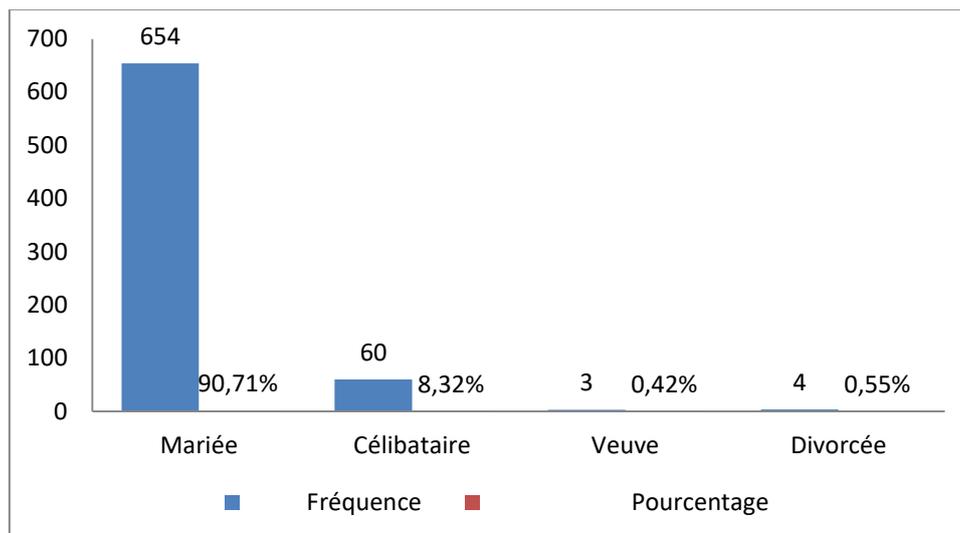
La tranche d'âge de 14-25 ans a représenté 47,02% de notre échantillon.

**Tableau III:** Répartition selon la profession des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018

Profession	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé	34	4,72%
Aide-ménagère	35	4,85
Coiffeuse	9	1,25%
Enseignante	30	4,16%
Commerçantes	81	11,23%
Couturière	20	2,77%
Etudiante/élève	125	17,34%
Gestionnaire	8	1,11%
Ménagère	329	45,63%
Secrétaires	23	3,19%
Autres	27	3,74%
Total	721	100,00%

Autres : Militaire, Jardinière, douanière.

Les ménagères ont représenté 45,63% de notre échantillon suivi de 17,34% pour les étudiants/élevés



**Figure 6:** Répartition selon le statut matrimonial des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018

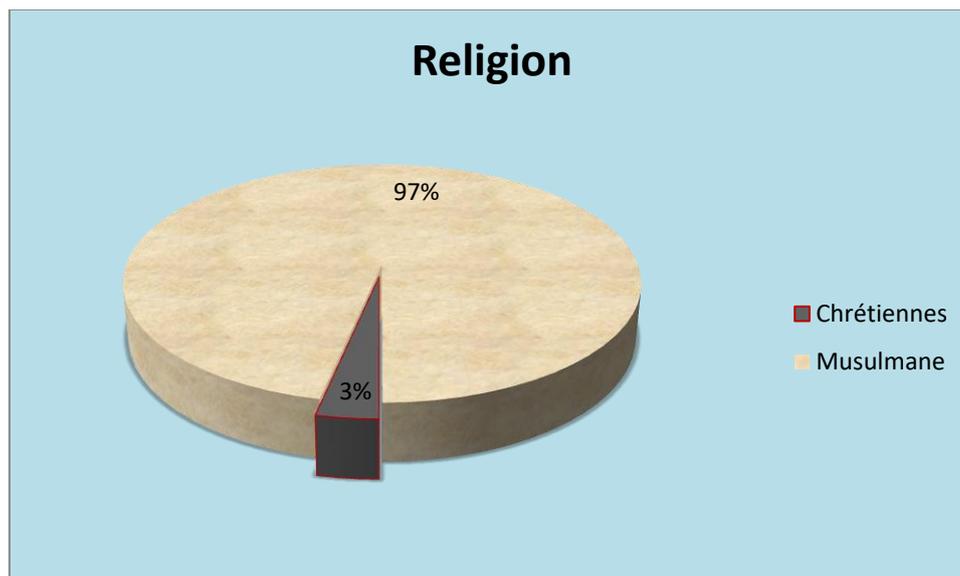
Dans notre étude les femmes mariées ont représenté 90,71% des cas

**Tableau IV:** Répartition selon l'ethnie des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	274	38,00%
Dogon	49	6,80%
Malinké	64	8,88%
Peulh	116	16,09%
Sarakolé	91	12,62%
Senoufo	24	3,33%
Sonrhäi	39	5,41%
Tamasheqs	13	1,80%
Non nationaux	21	2,91%
Autres	30	4,16%
<b>Total</b>	<b>721</b>	<b>100,00%</b>

Autres : Minianka, Bozo, Dafing, Arabe.

L'ethnie bambara a représenté 38,00% de notre échantillon.



**Figure 7:** Répartition selon la religion des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018

Les musulmanes ont été les plus représentées avec 96,67% de notre échantillon

**Tableau V:** Répartition selon le nombre de grossesses des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Nombres de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
0	36	4,99%
1	173	23,99%
2-3	264	36,62%
4-5	112	15,53%
5-14	136	18,86%
Total	721	100,00%

Dans notre étude les clientes ayant le nombre de grossesse de 2-3 ont représenté 36,62% des cas.

**Tableau VI:** Répartition selon l'antécédent d'avortement des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Avortement	Fréquence	Pourcentage
Oui	557	77,36%
Non	164	22,74%
Total	721	100%

77,36% de notre échantillon n'ont jamais subit un avortement

**Tableau VII:** Répartition selon le nombre d'avortements des clientes

Nombre d'avortements	Fréquence	Pourcentage
0	557	77,36%
1	119	16,53%
2	28	3,89%
3	11	1,53%
4	3	0,42%
5	1	0,14%
6	2	0,28%
Total	721	100,00%

Dans notre échantillon 16,53% des clientes ont subites un avortement alors que 77,36% n'ont pas connu d'avortement

**Tableau VIII:** Répartition selon le niveau d'instruction des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Niveau primaire	102	14,15%
Niveau secondaire	233	32,32%
Niveau supérieure	187	25,94%
Non scolarisé	199	27,60%
Total	721	100,00%

Nos utilisatrices avaient un niveau d'instruction secondaire dans 32,32% des cas.

**Tableau IX :** Répartition selon le motif de 1ere visite des clientes vues à l'unité PF du CSRef CVI du 1er janvier au 31 décembre 2018.

Motif de la 1ere visite	Fréquence	Pourcentage
Stérilité	1	0,14%
Contraception	720	99,86%
Total	721	100,00%

Dans notre étude, la contraception a été le motif de 1ere visite de nos clientes dans 99,86% des cas.

### 3- Information des clientes sur la PF

**Tableau X:** Répartition des clientes selon l'information sur la PF ou pas

Information reçue sur la PF	Fréquence	Pourcentage
Oui	688	95,42%
Non	33	4,58%
Total	721	100,00%

Dans notre échantillon 95,42% des clientes avaient reçu une information sur la PF.

**Tableau XI :** Répartition des clientes selon la source de l'information sur la PF

Source d'information	Fréquence	Pourcentage
Agent de santé	435	63,23%
Un parent	44	6,40%
Une amie	120	17,44%
Medias	89	12,94%
Total	688	100,00%

Les agents de santé ont représenté 63,23% de la source d'information des clientes

**Tableau XI:** Répartition des clientes selon la source de référence

Source de référence	Fréquence	Pourcentage
Elle-même	170	23,58%
Agent de santé	380	52,70%
Amie	15	2,08%
Medias	122	16,92%
Parents	22	3,05%
Mari	12	1,66%
Total	721	100,00%

Les agents de santé ont représenté 52,70% de la source de référence des clientes

**Tableau XII:** Répartition des clientes selon l'accord d'utilisation des contraceptives

Personne ayant pris la décision	Fréquence	Pourcentage
Le mari	475	65,88%
Les parents	68	9,43%
Elle-même	178	24,69%
Total	721	100,00%

Les clientes ont bénéficié de l'accord de leur mari dans 65,88% des cas

**Tableau XIII:** Répartition des clientes selon la discussion avec le conjoint

Discussion avec le conjoint	Fréquence	Pourcentage
Oui	578	80,17%
Non	143	19,83%
Total	721	100%

Les clientes ayant discuté de la contraception avec leur conjoint ont représenté 80,17%

**Tableau XIV:** Répartition des clientes selon le rythme de la discussion avec le conjoint

Rythme de discussion avec le conjoint	Fréquence	Pourcentage
Couramment	382	52,98%
Râlement	196	27,18%
Jamais	143	19,83%
Total	721	100,00%

Les clientes ayant discuté couramment avec leur conjoint de la contraception ont représenté 52,98% de notre échantillon.

**Tableau XV:** Répartition des clientes selon le soutien du conjoint

Soutien du conjoint	Fréquence	Pourcentage
Oui	496	68,79%
Non	225	31,21%
Total	721	100,00%

Les utilisatrices ont bénéficié du soutien de leur conjoint dans 68,79% des cas.

#### **4- Les effets indésirables rapportés par les clientes**

**Tableau XVI:** Répartition des clientes en fonction des effets indésirables rapportés

Effet indésirables	Fréquence	Pourcentage
Algie pelvienne	98	13,59%
Aménorrhée	189	26,21%
Céphalée	55	7,63%
Métrorragie	290	40,22%
Vertige	89	12,34%
Total	721	100,00%

La métrorragie a représenté 40,22% des effets indésirables rapportés par les clientes.

## 5- Fréquence de l'utilisation des méthodes modernes de contraception et pratiques des clientes

**Tableau XVII:** Répartition des clientes selon la méthode contraceptive choisie

Contraceptif choisi	Fréquence	Pourcentage
DIU	219	30,37%
Implants	338	46,88%
Injectable	62	8,60%
Pilule	99	13,73%
Collier	2	0,28%
CCV	1	0,14%
Total	721	100,00%

Les implants sont les plus utilisés par les clientes soit 46,88%

**Tableau XVIII:** Répartition des clientes selon le respect des rendez vous

Vue au rendez vous	Fréquence	Pourcentage
Non	113	15,53%
Oui	608	80,96%
Total	721	100,00%

Nos utilisatrices ont respecté le rendez-vous dans 80,96% des cas.

**Tableau XIX:** Répartition des clientes selon le prestataire sollicité

Prestataire	Fréquence	Pourcentage
Sage-femme	509	70,60%
Infirmière ou infirmier	182	25,24%
Interne	30	4,16
Total	721	100,00%

Les sages-femmes ont été les prestataires les plus sollicités avec 70,60% des cas.

**Tableau XX:** Répartition des clientes selon l'échec de la méthode contraceptive utilisée

Echec	Fréquence	Pourcentage
Oui	3	0,42%
Non	718	99,58%
Total	721	100,00%

Les cas d'échec ont représenté 0,42% de notre échantillon.

**Tableau XXI:** Répartition des clientes selon le suivi de la méthode contraceptive utilisée

Suivi de la méthode	Fréquence	Pourcentage
Oui	593	82,25%
Non	128	17,75%
Total	721	100,00%

82,25% ont fait un suivi de la méthode de contraceptive utilisée.

**Tableau XXII:** Répartition des clientes selon les raisons de choix de la méthode

Raison de choix	Fréquence	Pourcentage
Longue durée	228	31,62%
Efficace	48	6,66%
Moins cher	115	15,95%
Moins d'effet secondaire	208	28,85%
Non traumatique	33	4,58%
Sans oublier	19	2,64%
Simple	70	9,71%
Total	721	100,00%

La longue durée était la raison la plus prédominante avec 31,62% des cas, suivi de moins d'effet indésirable pour 28,85%.

**Tableau XXIII:** Répartition des clientes selon l'antécédent d'utilisation des contraceptifs modernes

Contraception antérieure	Fréquence	Pourcentage
Oui	387	53,68%
Non	334	46,32%
Total	721	100,00%

Plus de la moitié des clientes avaient utilisé une méthode contraceptive soit 53,68% des cas.

**Tableau XXIV:** Répartition des clientes selon la méthode utilisée dans le passé

Méthode utilisée	Fréquence	Pourcentage
DIU	44	11,37%
Implants	148	38,24%
Injectable	96	24,81%
Pilule	97	25,06%
non préciser	2	0,52%
Total	387	100,00%

Les implants ont représenté 38,24% des méthodes utilisées par les anciennes utilisatrices dans le passé.

**Tableau XXV:** Répartition des anciennes utilisatrices selon les raisons d'abandon

Raison de l'abandon	Fréquence	Pourcentage
Intolérance médicale	90	23,26%
Mariage	59	15,25%
Grossesse désirée	211	54,52%
Echec de méthode	9	2,33%
Autres	18	4,65%
Total	387	100,00%

Autres : Sans raisons, ne sais pas

54,52% des anciennes utilisatrices ont abandonnée pour grossesse désirée

**Tableau XXVI:** Répartition des clientes selon l'antécédent d'une IVG

Antécédent d'une IVG	Fréquence	Pourcentage
Oui	19	2,64%
Non	702	97,36%
Total	721	100,00%

Seulement 2,64% des clientes avait un antécédent d'IVG

**Tableau XXVII:** Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivant	Fréquence	Pourcentage
0-3	509	70,60%
4-5	127	17,66%
6-20	85	11,82%
Total	721	100%

La grande majorité soit 70,60% avait 0-3 enfants vivants

**Tableau XXVIII:** Répartition des clientes selon le statut d'allaitement

Allaitement	Fréquence	Pourcentage
Oui	532	73,79%
Non	189	26,21%
Total	721	100,00%

Dans notre échantillon 73,79% étaient allaitantes

**Tableau XXIX:** Répartition des clientes selon l'état matrimonial et la méthode contraceptive choisie

		Etat matrimonial					
Contraceptif choisi	accepté ou longue durée	Mariée		Célibataire		Total	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%
Contraceptif	longue durée	500	89,61%	58	10,39%	558	100%
Contraceptif	courte durée	154	94,48%	9	5,52%	163	100%
Total		650		67		721	

Chi-Squared df Probability

24,7094 6 0,0111

Il existait une association statistiquement significative entre les méthodes de contraception et l'état matrimoniale avec  $p=0,0111$ . En effet les femmes mariées utilisaient plus fréquemment les contraceptifs à longue durée par rapport à celles non mariées.

**Tableau XXX:** répartition des clientes selon allaitement et méthode contraceptif choisi

Lactation	Contraceptif accepté ou choisi					
	Contraceptif longue durée		Contraceptif courte durée		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui	458	86,09%	74	13,91%	532	100%
Non	100	52,91%	89	47,09%	189	100%
Total	558		163		721	

Chi-Squared P  
5,5899 0,0443

Il existait une association (relation) statistiquement significative entre les méthodes de contraception et la lactation avec  $p=0,0443$ . En effet les femmes allaitantes avaient plus recourt aux contraceptifs à longue durée comparées à celles non allaitantes.

**Tableau XXXI:** Répartition des clientes selon niveau d'instruction et méthode contraceptif choisi

Niveau d'instruction	Contraceptif accepté ou choisi					
	Contraceptif longue durée		Contraceptif courte durée		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Scolarisée	396	15,86%	126	24,14%	522	100%
Non scolarisée	162	81,41%	37	18,59%	199	100%
<b>Total</b>	<b>558</b>		<b>163</b>		<b>721</b>	

Chi-Squared

6,2436

P

0,5002

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le niveau d'instruction des clientes et les méthodes contraceptives ( $p=0,5002$ ) utilisées.

**Tableau XXXII:** Répartition des clientes selon la religion et contraceptif choisi

Religion	Contraceptif accepté ou choisi					
	Contraceptif longue durée		Contraceptif courte durée		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Musulmane	541	77,62%	156	22,38%	697	100%
Chrétienne	17	70,83%	7	29,17%	24	100%
<b>Total</b>	<b>558</b>		<b>163</b>		<b>721</b>	

Chi-Squared

13,2703

p

0,9362

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la religion des clientes et les méthodes contraceptives utilisées (p=0,9362).

**Tableau XXXIII:** Répartition des clientes selon le soutien du conjoint et contraceptif choisi

		Contraceptif accepté ou choisi					
Soutien du conjoint		Contraceptif longue durée		Contraceptif courte durée		Total	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui		389	78,43%	107	21,57%	496	100%
Non		169	75,11%	56	24,89%	225	100%
Total		558		163		721	

Chi-Squared

P

7,5211

0,0367

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le soutien du conjoint et les méthodes contraceptives utilisées par les clientes ( $p=0,0367$ ). En effet, chez les clientes qui ont le soutien du conjoint les contraceptifs de longue durée sont utilisés plus fréquemment que les femmes n'ayant pas été soutenues par leur conjoint dans le choix de la méthode contraceptive.

# **COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS**

## **VI- Commentaire et discussions**

### **. Limites de l'étude**

Notre étude s'était fixé pour objectif d'étudier l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité PF du CSRef CVI de Bamako. Elle a comporté des limites et des contraintes.

- Le caractère rétrospectif ne nous a pas permis d'avoir toutes les informations. Par conséquent, nous n'avons pas pu aborder tous les aspects des contraceptifs modernes ;

- l'incomplétude de certaines données au niveau des fiches de suivi des clientes et au niveau des registres de consultation journalière a eu pour conséquence une réduction de la taille de notre population d'étude.

### **Caractéristiques sociodémographiques**

#### **Age :**

La tranche d'âge de 14-25 ans était la plus représentée. La majorité d'entre elles étaient mariées ; 90,71% contre 8,32% pour les célibataires. Ces résultats sont statistiquement similaires à ceux de SAWADOGO Harouna à Ouagadougou [16] qui avait trouvé dans son étude 82,6% de mariées ; et 2,2% pour les célibataires. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la contraception serait utilisée par les couples ayant le plus souvent une vie sexuelle stable pour espacer les naissances et limiter le nombre d'enfants. Ce qui leur permettrait du coup d'avoir le nombre d'enfants voulu tout en conservant leur possibilité de procréation.

Les bambaras étaient les plus représentées avec 38% ; suivies des peuhles avec 16,09%. Cela reflète en réalité la prédominance de l'ethnie Bambara dans notre pays qui est de 32% [17]. Cependant, il faut signaler que les autres ethnies (malinké, soninké, senoufo, bozo, Miniaka,) étaient représentées, mettant en évidence la diversité ethnique de la ville.

### **Selon la religion :**

Les musulmanes représentaient 96,67% contre 3,33% pour les chrétiennes, et cela parce que le Mali est un pays laïque à prédominance musulmane. En effet EDS VM [18] prouve que 92,5% de la population malienne est musulmane 4,3% chrétienne et 0,9% animiste et 2,2% sont sans religion.

La plupart des femmes avait un niveau secondaire (32,32%). Une prédominance des femmes qui travaillent dans le ménage (45,63%) a été observée, suivies des élèves/étudiantes (17,34%). La plupart d'entre elles (36,62%) avaient fait 2-3 grossesses.

### **Choix de la méthode contraceptive**

Dans notre étude, la méthode la plus utilisée était les implants avec 46,88%, suivie de DIU avec 30,37%. Le choix pour ces méthodes est lié :

- Aux durées d'action : intermédiaire des implants et prolongée de DIU ce qui facilite leur utilisation ;
- A la discrétion totale qu'apportent ces méthodes

Dans notre étude il ressort que 2,64% de nos utilisatrices ont présenté au moins un antécédent d'interruption volontaire de la grossesse. Il faut noter que ces chiffres sont en deçà de la réalité, car l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée clandestinement et une femme ne souhaiterait publier une telle pratique. Ces interruptions de grossesses sont dans la majorité des cas pratiquées par un agent de santé.

### **Connaissance en matière de la planification familiale :**

Dans notre étude 95,42% affirment avoir entendu parler de la planification familiale. Ce résultat est presque le même que celui de Coulibaly à Ségou qui avait trouvé 93% (19) et de celui de TOUNKARA Bakary à Djenne qui avait trouvé 66,33%(20) des femmes qui ont affirmé avoir entendu parler de la PF. Notre taux supérieur peut s'expliquer par l'importance des campagnes d'informations réalisées sur la PF à Bamako, mais aussi le niveau des indicateurs socio-économiques plus élevé à Bamako

### **Sources d'informations :**

Dans notre étude, les sources d'information les plus citées étaient les agents de santé avec 63,23%, amis avec 17,44%, médias 12,94%. Ce qui justifie que les agents de santé pourraient constituer un canal de choix pour la diffusion des messages sur la planification familiale. Les sources les moins citées étaient les parents avec 6,40%. Cela s'explique probablement par le fait que la sexualité est un sujet tabou dans nos familles.

### **Nombre d'enfants vivants**

Les clientes ayant un nombre d'enfants vivants compris entre 0 et 3 étaient les plus représentées soit 70,60 % des cas. L'objectif final chez les utilisatrices de la contraception serait non seulement d'éviter la grossesse avant le mariage, mais aussi l'espacement des naissances.

### **Antécédents d'utilisation de méthodes contraceptives**

Dans notre étude il est ressorti que 53,68% des clientes avaient une utilisation antérieure de contraceptifs modernes. La méthode la plus utilisée était les implants avec 48,24% des cas. Nos résultats sont différents de ceux de Sawadogo Harouna à Ouagadougou qui trouvait un taux de 56,5% de femmes ayant utilisé antérieurement des contraceptives modernes dont les injectables étaient les plus utilisées avec 45% des cas.

### **Les échecs des méthodes**

Les échecs des contraceptifs ont été constatés chez 0,42% des clientes seulement. Cela s'expliquerait par l'efficacité des contraceptifs modernes.

### **Les effets indésirables :**

Les effets indésirables cités par nos clientes peuvent être considérés comme mineurs et passagers : les métrorragies dans 40,22% des cas, suivi des aménorrhées avec 26,21%.

### **Relation entre caractéristiques sociodémographiques et utilisation des contraceptifs modernes**

Dans notre étude nous avons trouvé que le statut matrimonial, l'allaitement, et le soutien du conjoint favorisaient l'adoption des méthodes contraceptives de longue durée.

# CONCLUSION

## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude, 95,42% de notre effectif connaissait la PF et les utilisatrices de PF faisaient pour la plupart partie de la tranche d'âge de 14 -25 ans avec 47,02% et 90,71% de notre échantillon étaient mariées. La majorité était scolarisée avec un niveau secondaire soit 32,32% de notre échantillon. Les sources d'information sur la planification familiale, les plus citées étaient des agents de santé, les amis, les médias, alors que les parents étaient rarement cités comme source d'information.

L'utilisation des implants est prédominante avec 46,88% de notre échantillon. Les métrorragies, ont été les plus fréquentes soit 40,22% des effets indésirables. Enfin, celles qui discutent couramment avec leurs conjoints et qui avaient obtenu leur soutien, avaient aussi plus de chance d'utiliser les contraceptives modernes. Donc ces facteurs devraient être soutenus afin d'optimiser l'utilisation des contraceptives modernes pour les femmes en union.

# RECOMMANDATIONS

## **RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités sanitaires :**

- Augmenter la gamme de contraceptifs modernes sur le marché Malien.
- rendre disponible et à moindre cout les contraceptifs sur tout le territoire Malien

### **A L'administration du CS Réf CVI :**

- Réhabiliter l'unité PF du CSREF : séparer salle de counseling, salle d'insertion et bureau
- Fournir régulièrement l'unité de planification familiale du CSRef CVI en dossiers, carnets et en consommables pour une meilleure prestation au profit des clientes
- Doter le CSREF en produits contraceptifs modernes
- Organiser des journées de stratégies avancées et de promotion concernant les méthodes de longue durée
- mettre en place l'école des maris pour mieux impliquer les hommes dans la PF

### **Aux prestataires de santé :**

- respecter les normes et procédures en matière de PF
- organiser des séances de causeries en collaboration avec les autres unités en incluant la PF
- impliquer les hommes sur les questions de PF
- utiliser les autres canaux de communication pour l'information et la sensibilisation sur la PF : internet, radio, télé privée

### **Aux clientes :**

- Observer scrupuleusement les instruction et conseils donnés par les prestataires.
- S'informer auprès des personnes compétentes lors de la survenue d'effets secondaires avant d'interrompre la contraception.
- S'informer régulièrement sur la contraception ;
- S'impliquer d'avantage dans la promotion de la planification familiale

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **Bibliographie**

1. OMS et USAID. Le repositionnement de la Planification Familiale : Directives pour actions de plaidoyer, 2008, Genève [www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html)
2. AHMED S, LI O, LIU L, O TSUI A. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 2012; 380: 111-25
3. OSOTIMEHIM B. Family planning save lives, yet investments falter. *Lancet* Published on line 2012; Vol 380, July 10
4. ALEMAYEHU M., BELACHEW T. AND TILAHUN T. Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia, *Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:6
5. Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali, 2012-2013
6. La contraception en Afrique subsaharienne : Etude comparative des niveaux, de l'évolution et de l'influence sur la fécondité  
Abdelaziz KHALFAOUI : Enseignant chercheur à la Faculté pluridisciplinaire de Nador  
Roger WAKA MODJO : Chercheur associé à l'IEDUB.
- 7) Coulibaly M  
Contribution à l'étude socio-épidémiologique du planning familial dans le cercle de Douentza (thèse de médecine Bamako Mali 1992.n°36).
8. WWWOMS.Org (Février 2009).
- 9) Fédération internationale pour la planification familiale : L'islam et la planification familiale.
- 10) International développement research center  
Planning traditionnel au Mali.  
Education sexuelle en Afrique tropicale 1973.
- 11) Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ;
- 12) Larousse médicale
- 13) L'allaitement maternel

<http://.fhi.org/fr/topics/breastfeeding.htm>

[www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo)

14) Ta-Ngoc Chau. Aspect démographique de la planification de l'éducation.  
UNESCO 2002.

15) L'éducation sexuelle en ballottage

[www.uia.org/uiademo](http://www.uia.org/uiademo).

16) LA CONTRACEPTION DE LONGUE DUREE D'ACTION A L'UNITE DE PLANIFICATION FAMILIALE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET MOTIFS D'ARRET PRECOCE

17) EDSM III - Enquête démographique et de santé Mali III Rapport juin 2001 ;

18) EDS V MALI (Enquête Démographique et de Santé), 2012-2013.

19) A L coulibaly : Etude des connaissances attitudes et pratique de la contraception en milieu scolaire dans la commune urbaine de Ségou.

20) Bakary TOUNKARA: Etude des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur la contraception dans le centre de santé de référence de Diéma

# ANNEXES

## Annexes

### Fiche d'enquête

1. Structure :

2. Numéro du fiche d'enquête :

3. Date de consultation.....

4. Adresse.....

5. Age : ..... ans

6. Motif de la 1 ère visite :

1-stérilité

2-contraception

3-gynécologie

4-Autres (préciser)

7. Type de consultante :

1-nouvelle

2-ancienne

8. source de référence :

1-Elle-même

2-agent de sante

3- Médias

4-Autres : (préciser)

9. Etat matrimoniale :

1-mariée

2-celibataire

3-veuve

4-divorcée

10. Niveaux d'éducation :

1-école primaire

2-école secondaire

3- école supérieures

4- non scolarisée

11. Profession : .....

12. Ethnie :.....

13. Religion.....

14. Antécédents obstétricaux :

1-nombre total de grossesses .....

2-nombre d'enfant vivant.....

3-nombre d'enfant décédés.....

4-nombre d'avortements .....

15. Enfant des deux sexes

1-oui

2-non

16. Lactation

1-oui

2-non

17. Contraception antérieure

1-oui (quelle méthode :.....)

2-non

18. Notion d'abandon d'une méthode de PF

1-non

2- oui

Si oui

19. Raison de l'abandon

1-intolérance médicale

2-mariage

3-grossesse désirée

4-échec de méthode

5-autre (préciser)

20. Contraceptif accepté ou choisi

1-DIU

2-implant

3-CCV

4-autres (préciser)

-Raison du Choix

21. prestataire

1-sage-femme

2-médecin généraliste

3-gynécologue

4-Infirmière ou infirmier

5-autres (préciser)

-Antécédent d'un IVG

-oui

-non

22. information sur la pf avant

1-oui

2-non

23. Informer par :

1-agent de santé

2-un parent

3-un(e) ami(e)

4-Autres sources (préciser)

24. accepter par :

1-le mari

2-les parents

3-aucune

25. suivi de la méthode

1-oui

2-non

Si oui Effets secondaires ou indésirables :

Gestion des effets secondaires :

26. Arrêter pour :

- 1-desir d'enfant
- 2-mariage
- 3-intolérance médicale
- 4-autres

27. Echec

- 1-Type d'échec
- 2-Gestion de l'échec

28. Discussion avec le conjoint.

- 1-couramment
- 2-ralement
- 3-jamais

29. soutien du conjoint

- 1-oui
- 2-non

30. non vue au rendez vous

- 1-oui
- 2-non

3. Motif

Merci pour votre aimable coopération.

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM :** Koné

**PRENOM :** N'tchi djoukou

**Titre de la thèse :** L'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité de PF du CS Réf CVI.

**Année universitaire :** 2018-2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** santé publique et santé de la reproduction

### **Résumé :**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive dans laquelle les éléments de l'enquête sont revus à l'intervalle régulier au cours de l'année.

L'étude s'est déroulée du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 soit une période de 12 mois.

Notre objective était d'étudier les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à l'unité PF du CSRef CVI

. La majorité d'entre elles étaient mariées ; 90,71% contre 8,32% pour les célibataires.

. Les sources d'information sur la planification familiale, les plus citées étaient des agents de santé, les amis, les médias, alors que les parents étaient rarement cités comme source d'information.

L'utilisation des implants était prédominante avec 46,88% de notre échantillon. Les métrorragies, ont été les plus fréquentes soit 40,22% des effets indésirables. Enfin, celles qui discutent couramment avec leurs conjoints et qui avaient obtenu leur soutien, avaient aussi plus de chance d'utiliser les contraceptives modernes. Donc ces facteurs devraient être soutenus afin d'optimiser l'utilisation des contraceptives modernes pour les femmes en union.

**Mots clés :** Planification familiale, contraceptives modernes ; Bamako ; Mali.

## **MATERIAL SAFETY DATA SHEET**

NAME: Koné

FIRST NAME: N'tchi djoukou

Title of the thesis: The use of modern contraceptive methods at the FP Unit of the Ref Ref CVI.

Academic year: 2018-2019

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

Focus Area: Publique Healt and Reproductive Healt

Summary:

It is a descriptive cross-sectional study in which survey elements are reviewed at regular intervals during the year.

The study was conducted from January 1, 2018 to December 31, 2018, for a period of 12 months.

Our objective was to study the use of modern contraceptive methods in the PF unit of CSRef CVI

. The majority of them were married; 90.71% against 8.32% for single people.

. Sources of information on family planning, the most cited were health workers, friends, the media, while parents were rarely cited as sources of information.

The use of implants is predominant with 46.88% of our sample. The metrorrhagia, were the most frequent is 40,22% of the undesirable effects.

Finally, those who commonly talk to their partners and who had their support were also more likely to use modern contraceptives. So these factors should be supported in order to optimize the use of modern contraceptives for women in union.

**Keywords:** Family planning, modern contraceptives; Bamako; Mali

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

### **JE LE JURE**